

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Cognome PACCHIOLI Nome ROSANNA  
Nato/a VASTO (CH) il 02/08/1984  
Residente in SAN SALVO Prov. CH Cap. 66050  
Via T. SA N. DEL LUKE n. 21  
Tel. 320 5527063 Cell. 320 5527063  
C.F. : PCCRN84M42E372D

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- ☐ Di essere dipendente da altra Amministrazione Statale: \_\_\_\_\_;
- ☒ Di non essere dipendente di altra Amministrazione Statale: \_\_\_\_\_;
- ☐ Di essere in possesso di partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_, in qualità di lavoratore autonomo/libero professionista e di rilasciare regolare fattura e pertanto:
- ☐ Di essere iscritto alla cassa di previdenza del competente ordine professionale \_\_\_\_\_ n. matricola \_\_\_\_\_ e di emettere fattura con addebito del \_\_\_\_\_ a titolo contributivo integrativo;
- ☐ Di essere iscritto alla gestione separata dell'INPS (ex Legge 335/95) n. matricola \_\_\_\_\_ e di emettere fattura con addebito a titolo di rivalsa del 4%;
- ☒ Che l'attività svolta è una prestazione occasionale, soggetta a ritenuta d'acconto del 20% e pertanto fa presente di:
- ☒ Non percepire compensi nel corso dell'anno solare superiori a € 5.000,00 (anche con più committenti);
- ☒ Di non prestare attività per un periodo superiore a 30 giorni con lo stesso committente;
- ☐ Di percepire compensi nel corso dell'anno solare superiori a € 5.000,00 (con più committenti) e quindi di essere:
- ☐ Soggetto al contributo previdenziale del \_\_\_\_\_ (non avendo altra forma previdenziale obbligatoria);
- ☐ Soggetto al contributo previdenziale del \_\_\_\_\_ in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria;
- ☐ Che l'attività svolta è una Collaborazione Coordinata e Continuativa con iscrizione alla gestione separata INPS n. matricola \_\_\_\_\_ di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/1995, n. 335 e quindi:
- ☐ Soggetto al contributo previdenziale del \_\_\_\_\_ (non avendo altra forma previdenziale obbligatoria);
- ☐ Soggetto al contributo previdenziale del \_\_\_\_\_ in quanto già assoggettato a contribuzione previdenziale obbligatoria.

Modalità di pagamento:

☒ Bonifico bancario presso:  
Banca BOROMEO DI PUGLIA E BASILICATA Fil. SAN SALVO IT 17 CIN S C/C  
n. 0000000002678 ABI 05385 CAB 74853  
Codice IBAN IT 1750538577853000000002678

Il/La sottoscritto/a si impegna a non variare, assumendosi ogni responsabilità in caso contrario, quanto dichiarato in sede di compilazione della dichiarazione del reddito.

S. SALVO, li 03/05/2024

Firma, 